



# Healthcare Identifiers Service Individual Healthcare Identifier එකක් ඉල්ලන්න, නැතහොත් Individual Healthcare Identifier වාර්තාව (MS003) සංශෝධනය කරන්න

## මෙම පෝරමය භාවිතා කළ යුතු අවස්ථා

ඔබට (හෝ ඔබේ දෙමාපිය වගකීම ඇති හෝ වයස අවුරුදු 14 ට අඩු යැපෙන දරුවෙකුට හෝ දරුවන්ට) Individual Healthcare Identifier (IHI) ලබා ගැනීමට අවශ්‍ය නම්, සහ:

- Medicare සඳහා සුදුසුකම් නොලබන්නේ නම්, හෝ
- Department of Veterans' Affairs (DVA) මගින් විශ්‍රාම වැටුපක් හෝ ප්‍රතිලාභයක් ලැබීමට සුදුසුකම් නොලබන්නේ නම්, මෙම පෝරමය භාවිතා කරන්න.

ඔබට දැනට වලංගු IHI එකක් තිබේ නම් හා ඔබ ඉහත ප්‍රවර්ග වලින් එකකට අයත් වන්නේ නම්, ඔබේ (හෝ ඔබගේ යැපෙන දරුවාගේ) පුද්ගලික තොරතුරු සංශෝධනය කිරීමට ද ඔබට මෙම පෝරමය භාවිත කළ හැකිය.

වයස අවුරුදු 14 හා ඊට වැඩි පුද්ගලයින්ට මෙම පෝරමය භාවිතා කර ඔවුන්ගේ ම IHI හඳුන්වනය ඉල්ලා සිටිය හැකිය.

ඔබ අයදුම් කරන විට ඔබ ඔස්ට්‍රේලියාවේ සිටිය යුතුය.

## වැදගත් තොරතුරු

ඔබගේ අයදුම්පත්‍රයේ ප්‍රතිඵලය ඔබට දැනුම් දෙන ලිපියක් ඔබට ලැබෙනු ඇත.

## Healthcare Identifiers (HI) Service

HI Service මගින් පුද්ගලයන් හා සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සඳහා ස්ථාවර හඳුන්වනයන් කට්ටලයක් සපයයි. ප්‍රතිකාර ලබමින් සිටින පුද්ගලයා අදාළ නිවැරදි වාර්තාව සමඟ ගැළපීමේ ක්රමයක් සෞඛ්‍ය සේවා හඳුන්වනයන් මගින් සපයයි. මෙමගින්, සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් අතර සෞඛ්‍ය තොරතුරු බෙදා ගන්නා විට නිරවද්යතාවය වැඩි දියුණු කරයි.

Healthcare Identifiers Act 2010 පනත [www.legislation.gov.au](http://www.legislation.gov.au) වෙබ් අඩවිය වෙතින් ලබාගත හැකිය.

## Individual healthcare identifiers (IHI)

IHI හඳුන්වනයක් යනු ඔස්ට්‍රේලියාවේ සෞඛ්‍ය සේවා අරමුණු සඳහා පුද්ගලයෙකු හඳුනා ගැනීමට භාවිතා කරන ඉලක්කම් 16කින් යුත් සුවිශේෂ අංකයකි.

සායනික තොරතුරු කිසිවක් හඳුන්වනයට සම්බන්ධ කර නොමැත. සෞඛ්‍ය සේවා ලබා ගැනීම සඳහා ඔබට ඔබගේ IHI හඳුන්වනය මතක තබා ගැනීමට අවශ්‍ය වන්නේ නැත.

වයස අවුරුදු 14 ට අඩු පුද්ගලයෙකු සඳහා IHI හඳුන්වනයක් ඉල්ලුම් කර ඇත්නම්, එය දෙමව්පියන්ගේ හෝ භාරකරුගේ ලිපිනය භාවිතා කර සකස් කරනු ලැබේ.

## My Health Record

My Health Record යනු පුද්ගලයෙකුගේ සෞඛ්‍ය තොරතුරු පිළිබඳ මාර්ගගත සාරාංශයකි. ඕනෑම වේලාවක දී, එම පුද්ගලයාට හා ඔවුන්ගේ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට එයට ප්‍රවේශ විය හැකිය.

ඔබට My Health Record එකක්:

- ඔබගේ IHI හඳුන්වනය ලබාගත් පසු, ඔබ සඳහා, හෝ
- වයස අවුරුදු 14 ට අඩු දරුවෙකු සඳහා, ඔවුන්ගේ IHI හඳුන්වනය ලබාගත් පසු, ලබා ගැනීමට හැකිය.

My Health Record පිළිබඳ වැඩි විස්තර ලබා ගැනීම සඳහා, [digitalhealth.gov.au](http://digitalhealth.gov.au) වෙත පිවිසෙන්න.

## අනන්‍යතාවය පිළිබඳ සාක්ෂි

IHI සඳහා අයදුම් කරන හෝ ඔවුන්ගේ පුද්ගලික තොරතුරු සංශෝධනය කිරීමට අයදුම් කරන එක් එක් පුද්ගලයා සඳහා ඔබ ප්‍රාථමික කණ්ඩායමෙන් සහතික කළ 1 ලියවිල්ලක් හෝ ද්විතීයික කණ්ඩායමෙන් සහතික කළ ලියවිලි 2 ක් සැපයිය යුතුය. මෙම ලේඛනවල ඇතුළත් නම් එක හා සමාන විය යුතුය. අයදුම් කරන අවස්ථාවේ දී, සපයන ලද ලියකියවිලි වත්මන් ඒවා විය යුතුය.

ඔබ මෙම ලියකියවිලි අමුණන්නේ නම්, ලබාදෙන පිටපත් සහතික කළ යුතුය. ලියකියවිලි සහතික කරන්නේ කෙසේද යන්න පිළිබඳ තොරතුරු ලබා ගැනීම සඳහා, [servicesaustralia.gov.au/hi](http://servicesaustralia.gov.au/hi) වෙත පිවිසෙන්න.

## ප්‍රාථමික කණ්ඩායම

- ඔස්ට්‍රේලියානු ගමන් බලපත්‍රය
- විදේශ ගමන් බලපත්‍රය හෝ වලංගු වීසා බලපත්‍රයක් සහිත සංචාරක ලියවිල්ල
- ඔස්ට්‍රේලියානු රියදුරු බලපත්‍රය
- කොමන්වෙල්ත්, ප්‍රාන්ත හෝ බල ප්‍රදේශ රජයක් විසින් නිකුත් කරන ලද ඡායාරූප හැඳුනුම්පත
- ඔස්ට්‍රේලියානු උප්පැන්න සහතිකය

## ද්විතීයික කණ්ඩායම

- Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) විසින් නිකුත් කරන ලද එක්සත් ජාතීන්ගේ සම්මත සංචාරක ලියවිල්ල
- විදේශ රජයක් විසින් නිකුත් කරන ලද ලියවිලි (උදාහරණයක් ලෙස, රියදුරු බලපත්‍ර)
- ඔස්ට්‍රේලියාවේ නිකුත් කරන ලද ආරක්ෂක මුර සේවක/ ජන සමූහ පාලක ඡායාරූප බලපත්‍රය
- DFAT විසින් නිකුත් කරන ලද කොන්සල් ඡායාරූප හැඳුනුම්පත
- ඔස්ට්‍රේලියානු තෘතීයික ශිෂ්‍ය ඡායාරූප හැඳුනුම්පත
- ඔස්ට්‍රේලියානු ද්විතීයික ශිෂ්‍ය ඡායාරූප හැඳුනුම්පත
- ඔස්ට්‍රේලියානු විශ්ව විද්යාලයකින් සහතික කරන ලද අධ්‍යයන පිටපත
- බැංකු කාඩ්පත හෝ ණය කාඩ්පත

ඔබට ඔබේ හෝ ඔබේ දරුවාගේ පුද්ගලික තොරතුරු සංශෝධනය කිරීමට අවශ්‍ය නම් (සම්බන්ධතා විස්තර හැර, උදාහරණයක් ලෙස, ලිපිනය හෝ දුරකථන අංකය), ඔබ මෙම සාක්ෂිය සපයන පහත සහතික කළ ලියවිලිවලින් එකක් ද සැපයිය යුතුය:

- නම වෙනස් කිරීමේ සහතිකය
- විවාහ සහතිකය
- ඔවුන්ගේ ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය සඳහන් කෙරෙන ලියාපදිංචි වෛද්‍යවරයෙකුගේ හෝ ලියාපදිංචි මනෝ විද්යාඥයකුගේ ප්රකාශය
- ඔස්ට්‍රේලියානු ගමන් බලපත්‍රය
- විදේශ ගමන් බලපත්‍රය හෝ වලංගු වීසා බලපත්‍රයක් සහිත සංචාරක ලියවිල්ල
- ඔවුන්ගේ ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය සඳහන් වන ප්‍රාන්ත හෝ බල ප්‍රදේශ උප්පැන්න සහතිකය
- ලිංගිකතාව සහ/හෝ ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය වෙනස් වීමක් හඳුනා ගන්නා Births, Deaths and Marriages පිළිබඳ ප්‍රාන්ත හෝ බල ප්‍රදේශ රෙජිස්ට්‍රාර්වරයෙකුගේ ඕනෑම ලියවිල්ලක්. උදාහරණ ලෙස, Gender Recognition Certificate හෝ Recognised Details Certificate

## For more information

You can:

- go to [servicesaustralia.gov.au/ihl](http://servicesaustralia.gov.au/ihl)
  - email [healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au](mailto:healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au)
- There may be risks with sending personal information through unsecured networks or email channels.
- call **1300 361 457** for help or to ask for a free interpreter service. Monday to Friday, 8:30 am to 5 pm, Australian Eastern Standard Time.
- Call charges may apply.

### Filling in this form

You can complete this form on your computer, print and sign it.

If you have a printed form:

- Use black or blue pen.
- Print in BLOCK LETTERS.
- Where you see a box like this  **Go to 1** skip to the question number shown.

## Applicant's details

1 Dr  Mr  Mrs  Miss  Ms  Other

Family name

First given name

Second given name

2 Your date of birth (DD MM YYYY)

3 Individual Healthcare Identifier (if applicable)

4 Your gender

Male

Female

5 Your residential address in Australia

  

---

  

---

  

---

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

  

---

  

---

  

---

Postcode

Your previous residential address in the last 3 years

  

---

  

---

  

---

Postcode

6 Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

7 I would like to:

Tick one only

- get** an IHI for myself  **Go to 11**
- get** an IHI for a dependent child  
younger than 14 years of age  **Go to 8**
- amend** my personal details for an existing IHI  **Go to 10**
- amend** personal details for an existing IHI  
connected to a child younger than  
14 years of age  **Go to 9**

Use separate forms if you need to select more than one option.



MCA0MS003 2304

## Request an IHI for a dependent child

- 8 Do you have parental responsibility for this child(ren)?
- No  As you do not have parental responsibility for the child(ren), you cannot request an IHI for them.
- Yes  Give details

### Child 1 details

Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

### Child 2 details

Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

If you would like to request an IHI for more than 2 dependent children, provide a separate form.

▶ **Go to 11**

## Request to amend personal details associated with your or your dependent child's IHI

Use separate forms if you need to amend personal details connected to more than one person.

### 9 Existing personal details

Dr <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	
Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Your residential address in Australia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Postcode
Your postal address in Australia (if different to above)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Postcode
Daytime phone number (including area code)	<input type="text"/>
Mobile phone number	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

▶ **Go to next question**

**10 New personal details** (only provide details that have changed)

Dr  Mr  Mrs  Miss  Ms  Other

Family name

First given name

Second given name

Date of birth (DD MM YYYY)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Gender Male  Female

Your residential address in Australia

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

Postcode

Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

► **Go to next question**

**පෞද්ගලිකත්වය පිළිබඳ නිවේදනය**

**11** ඔබගේ පුද්ගලික තොරතුරු *Privacy Act 1988* හා *Healthcare Identifiers Act 2010* පනත් ඇතුළු නීතිය මගින් ආරක්ෂා කරයි. එමෙන්ම, එම තොරතුරු Healthcare Identifiers Service හි ක්‍රියාවලිය සම්බන්ධ අරමුණු සඳහා Services Australia හා Healthcare Identifiers Service හි සේවා ක්‍රියාකරු විසින් රැස් කරනු ලැබේ. ඔබගේ අයදුම්පත සැකසීම සඳහා මෙම තොරතුරු එකතු කිරීම ක්‍රියාකරු වේ.

ඔබගේ තොරතුරු අප විසින් භාවිතා කිරීම, හෝ ඔබ එකඟ වී ඇති වෙනත් පාර්ශවයන්ට ලබා දීම, හෝ නීතිය මගින් අවශ්‍ය වී ඇති හෝ අවසර දී ඇති දේවල් සඳහා ලබා දීම (පර්යේෂණ හෝ විමර්ශන කටයුතු ඇතුළුව) සිදුවිය හැකිය.

Services Australia විසින් ඔබේ පුද්ගලික තොරතුරු කළමනාකරණය කරන ආකාරය පිළිබඳ වැඩිදුර තොරතුරු, අපගේ රහස්‍යතා ප්‍රතිපත්තිය ඇතුළුව, ඔබට [servicesaustralia.gov.au/privacy](http://servicesaustralia.gov.au/privacy) වෙතින් ලබා ගත හැකිය.

**අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශනය**

**12 මම පහත සඳහන් ප්‍රකාශය කරමි:**

- මම මෙම අයදුම්පතට උපකාරී වන සහතික කරන ලද හඳුනා ගැනීමේ ලියවිලිවල පිටපත් සපයා ඇත්තෙමි.
- මට මෙම පෝරමයේ ඇතුළත් කර ඇති වයස අවුරුදු 14 ට අඩු දරුවා (දරුවන්) සඳහා දෙමාපිය වගකීමක් ඇත.
- මෙම පෝරමයේ මා විසින් සපයා ඇති තොරතුරු සම්පූර්ණ හා නිවැරදිය.

**මට පහත දැක්වෙන දේ වැටහේ:**

- මෙම පෝරමයේ ඉල්ලා ඇති හෝ යාවත්කාලීන කරන ලද Individual Healthcare Identifier සමඟ Medicare හෝ ඖෂධ ජර්නලාභ ලබා ගැනීමට මට අයිතියක් නොමැත.
- අසත්‍ය හෝ නොමග යවන සුළු තොරතුරු ලබාදීම බරපතල වරදකි.

අයදුම්කරුගේ අත්සන

දවස (දිනය මාසය වසර)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**මෙම පෝරමය ආපසු ලබා දීම**

මෙම පෝරමය හා ඕනෑම ආධාරක ලියවිල්ලක් (ලියවිලි):

- **රීමේල්** මගින් [healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au](mailto:healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au) වෙත ආපසු එවන්න. අනාරක්ෂිත ජාල හෝ රීමේල් නාලිකා හරහා පුද්ගලික තොරතුරු යැවීමේ අවදානමක් තිබිය හැකිය.
- පහත ලිපිනයට තැපැල් කරන්න

Services Australia  
 eBusiness Service Centre  
 PO Box 9822  
 BRISBANE QLD 4000